

Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nel post parto e in puerperio

Raffaele Felice

Servizio di Patologia Vulvare, Osp. V. Buzzi - Università degli Studi di Milano

Introduzione

La gravidanza e il parto rappresentano un periodo molto delicato nella vita di una donna, caratterizzato dalla comparsa di significativi cambiamenti a livello fisico, ormonale, psicologico, sociale e culturale. Molti studi clinici hanno provato che la gravidanza e la nascita di un figlio definiscono una finestra temporale altamente esposta a disfunzioni sessuali femminili, la più frequente delle quali è il dolore vulvare. Il dolore ha varie manifestazioni, ma le connotazioni di maggior rilevanza coinvolgono la **dispareunia e il dolore pelvico cronico**.

Epidemiologia

Il dolore genitale spontaneo del post parto può essere presente in una percentuale elevata di donne, con tassi d'incidenza sino al **18%** a 3 mesi dal parto (tabella 1). Il 50% delle donne riprende l'attività sessuale dopo 5-6 settimane dal parto e il 90% dopo 3 mesi.

Tab. 1 - Le caratteristiche di dolore pelvico/genitale cronico versus dolore pelvico risolto, catalogate per momento di insorgenza. Adattato da Paterson et al, 2009.

| | Qualsiasi insorgenza | | Insorgenza post parto | |
|-----------------------------|----------------------|-------------|-----------------------|-----------|
| | Ricorrente | Risolto | Ricorrente | Risolto |
| Prevalenza (N [% campioni]) | 20 (17.5) | 29 (25.9) | 10 (8.8) | 12 (10.7) |
| Durata (media [SD] mesi) | 15.5 (17.8) | 11.4 (22.0) | 11.6 (3.1) | 6.1 (3.0) |
| Tipo (N [% di gruppi]) | | | | |
| Solo genitale | 7 (35.0) | 16 (55.2) | 6 (60.0) | 8 (66.7) |
| Solo pelvico | 7 (35.0) | 8 (27.6) | 1 (12.5) | 2 (16.7) |
| Sia genitale che pelvico | 6 (30.0) | 5 (17.2) | 3 (37.5) | 2 (16.7) |

Il **41-67%** delle donne riporta la comparsa di **dispareunia**, quindi di **dolore provocato dal rapporto sessuale**, soprattutto nei primi 2-3 mesi successivi al parto, disfunzione che nel 30% dei casi persiste dopo i primi tre mesi e che nel 20% può protrarsi fino ai sei mesi successivi. Pertanto i primi sei mesi sono determinanti per la qualità della vita sessuale della donna (Barrett et al, 2000; Graziottin e Murina 2017).

La prevalenza del problema richiede una maggiore attenzione da

parte di ginecologi e ostetriche, anche per l'associazione tra dispareunia, dolore pelvico e grave sindrome depressiva dopo il parto.

Il dolore vulvare e la dispareunia post partum si inseriscono in uno scenario disfunzionale biologico e psico-sessuale della donna molto articolato, che deve essere attentamente indagato in maniera da consentirne un trattamento efficace e una risoluzione completa. Le disfunzioni sessuali femminili sono caratterizzate da un'eziologia multifattoriale e spesso hanno luogo nei primi sei mesi successivi alla nascita del figlio, con un impatto forte sulla qualità della vita sessuale della donna. Uno studio clinico mostra come circa **l'86% delle madri** esaminate riferisca la comparsa di **disfunzioni sessuali** di vario genere subito dopo la nascita del proprio figlio e durante puerperio.

Eziopatogenesi dei disturbi sessuali femminili in puerperio

Il puerperio è un arco temporale che inizia poche ore dopo il parto e termina con la ricomparsa delle mestruazioni. Varia in media dalle 6 alle 8 settimane, se la donna non allatta. In caso di allattamento l'amenorrea può protrarsi per mesi. Il puerperio è una fase molto delicata della vita della donna, sia dal punto di vista psicologico che dal punto di vista fisico. Nel corso degli anni, molti studi hanno riconosciuto il contributo di vari fattori capaci di influenzare significativamente la comparsa di disfunzioni sessuali femminili dopo il parto.

I fattori sono sistemici, genitali, psicosessuali e relazionali. Essi intervengono a innescare un circolo a feedback negativo, che impatta sulla vita sessuale femminile e di coppia.

Fattori sistemici

➤ Tra i fattori sistemici un ruolo predominante è svolto dai **cambiamenti ormonali**. Dopo il parto, l'ovaio va incontro a una sorta di "silenziamiento", caratterizzato da minimi livelli di estradiolo, progesterone e testosterone, ma da **alti livelli di prolattina**, che appaiono più elevati nelle donne che allattano al seno. E' stato dimostrato che tali cambiamenti ormonali sono responsabili di una **diminuzione della pulsione sessuale e del piacere centrale e genitale**. Dagli studi clinici si evince che le donne che allattano al seno manifestano più frequentemente **dispareunia a sei mesi dal parto** rispetto alle donne che utilizzano l'allattamento artificiale e che l'allattamento al seno si correla negativamente con la ripresa dei rapporti sessuali dopo la nascita del figlio (tabella 2). Questo è dovuto all'ipoatrofia e quindi alla **secchezza vaginale** indotta dagli alti livelli ematici di prolattina, che sopprime la produzione di gonadotropine con conseguente stato di **ipoestrogenismo** (Rowland et al, 2005).

Tab. 2 - Associazione tra allattamento al seno e ripresa dei rapporti sessuali: Fisher exact test (2-sided), =.001. Adattato da Rowland et al, 2005.

| Tipo di allattamento | Non hanno ripreso rapporti sessuali n (%) | Hanno ripreso rapporti sessuali n (%) | Totale |
|--------------------------|---|---------------------------------------|--------|
| Non allattamento al seno | 56 (41.8) | 78 (58.2) | 134 |
| Allattamento al seno | 111 (61.3) | 70 (38.7) | 181 |
| Totale | 167 (53.0) | 148 (47.0) | 315 |

Il quadro obiettivo è simile a quello di una situazione di ipoestrogenismo post-menopausale con **assottigliamento mucoso, pallore con accentuata vascolarizzazione e ridotta lubrificazione**. Il dolore vestibolare è accentuato dal rapporto di proporzionalità inversa che intercorre fra le terminazioni nervose e la quota di estrogeni. Gli estrogeni, infatti, tendono a svolgere un ruolo di protezione sul potenziamento dolorifico dei nocicettori periferici.

I cambiamenti ormonali tipici della fase post gravidanza sono anche responsabili di importanti modificazioni della fisiologia della vagina, in particolare della comparsa di secchezza e di **alterazioni nella composizione del suo microbiota e del suo pH**. A tale proposito, si è osservato che l'utilizzo di prodotti probiotici specifici può essere di grande aiuto nel ristabilire il microbiota fisiologico della vagina e per alleviare alcuni sintomi nel post parto (Murina et al, 2014).

➤ Un altro fattore sistematico che gioca un ruolo importante è **l'anemia da carenza di ferro**, molto frequente dopo il parto. Considerato il ruolo cruciale del ferro nel sistema dopaminergico come mediatore di impulso sessuale, vitalità, umore e forza fisica, si può comprendere come la sua carenza possa **determinare stati di depressione e aumentare la percezione del dolore nelle donne affette**. Recenti statistiche hanno dimostrato come **l'implementazione di ferro** in madri che presentano depressione post parto si sia dimostrata **estremamente efficace nella risoluzione dei sintomi depressivi** (Sheikh et al, 2017).

Fattori genitali

➤ Tra i fattori genitali che possono a loro volta contribuire alla comparsa di disfunzioni sessuali post parto, il **trauma vulvo-perineale** è l'elemento fondamentale nella genesi della **dispareunia post parto** e in parte nella genesi del **dolore pelvico cronico** (Signorello et al, 2001). Il 9.6% delle donne nullipare e il 31.2% delle multipare hanno un perineo intatto dopo un parto per via vaginale. Si evidenzia un maggior rischio di **dispareunia a 3 mesi**, rispetto a donne con perineo integro, **nell'80% delle puerpera con lacerazioni di II grado e nel 270% di quelle con lacerazioni di III e IV grado** (Buhling et al 2006). Le lesioni a carico di questo tratto dipendono da vari fattori, quali la

dimensione della testa del feto, il suo peso, il mal posizionamento, la durata della seconda fase del travaglio e/o la necessità di eseguire un parto operativo, la nulliparità, l'eventuale età avanzata della madre, la presenza di diabete pre-gestazionale/gestazionale. Stime recenti dimostrano che circa il 53-79% delle madri afferma di avere riportato una forma più o meno seria di trauma vulvo-perineale durante il parto (Smith et al, 2013).

La lacerazione spontanea o l'episiotomia possono coinvolgere in un processo cicatriziale le **terminazioni sensitive del nervo pudendo**, in particolare in corrispondenza della fossa ischio-rettale dove il nervo tende a essere maggiormente superficiale una volta superato il canale di Alcock. Il decorso del nervo pudendo lo rende suscettibile di **stiramento** durante la progressione fetale anche del 30-35% della sua lunghezza e ciò può microlesionare le terminazioni nervose, che determinano dolore vulvo-perineale con irradiazione pelvica; e la fase espulsiva, ancor più se accompagnata da un **trauma vulvo-vestibolare**, può indurre **un'attivazione della neuroinfiammazione a mediazione mastocitaria** (vestibolodinia).

L'infiammazione è ritenuta essere elemento cardine nell'insorgenza del **dolore neuropatico**; tra i vari mediatori coinvolti nel processo flogistico, due svolgono un ruolo di primaria importanza: il Nerve Growth Factor (NGF) e alcune citochine.

Nelle donne con vestibolodinia nel post parto, almeno in fase precoce, la **muscolatura** può non essere particolarmente ipertonica, ma presenta **una marcata dolorabilità alla digitopressione, in particolare dei fasci del muscolo pubococcigeo**.

- Il ricorso al taglio cesareo elettivo **non riduce in modo sostanziale** l'insorgenza di dispareunia a 6 mesi dal parto. Ciò può essere attribuito all'insorgenza di **aderenze fibroconnettivali**, anche di micro entità, che si sono dimostrate essere sede di terminazioni nervose iperalgiche. Queste possono fungere da fattori trigger del dolore, innescando un effetto domino pelvi-perineale con coinvolgimento del sistema nervoso periferico e centrale in un processo di **"neural-axial-sensitization"** (Barrett et al 2005).

Fattori psicosessuali e correlati al contesto relazionale

- Molti fattori psicosessuali e di contesto socio-relazionale esercitano un forte impatto sull'insorgenza di disfunzioni sessuali femminili, determinando l'innescarsi di un circolo vizioso che influenza negativamente la vita sessuale della donna. La **diminuzione dell'impulso sessuale e del piacere centrale**, determinati dai diversi fattori sistemicici e genitali, il **diminuito senso di attrazione sessuale**, il **dolore genitale** e la **paura di provare ulteriore dolore** sono tutte sfaccettature del complesso universo psicosessuale ed emotivo che la donna si trova a vivere dopo il parto.

➤ Questi fattori si intrecciano strettamente con altri importanti aspetti relazionali della coppia, in particolare, la **transizione da coppia a genitori (transition to parenthood)**, che può essere affrontata in sintonia oppure condurre a una vera e propria crisi di coppia. La perdita di desiderio verso il proprio compagno e le paure associate alla presenza del bambino nella vita familiare rappresentano alcuni degli aspetti contestuali e relazionali che possono avere un impatto negativo sulla vita sessuale dei nuovi genitori.

Prevenzione della dispareunia post parto e in puerperio

L'alta frequenza di disturbi sessuali, e in particolare di dolore vulvare e pelvico dopo il parto, evidenzia la necessità di identificare il sottogruppo di donne ad alto rischio di lacerazioni perineali per le quali si possa minimizzare l'evenienza di un trauma perineale.

Diversi studi hanno dimostrato che l'attenersi ad alcune **pratiche di preparazione del perineo** nella fase antecedente al parto o durante il travaglio è importante per ridurre il rischio di traumi perineali e dolore vulvare.

L'esercizio del **massaggio perineale** per diminuire la tensione e la resistenza muscolari, e il coinvolgimento del personale ostetrico nell'insegnamento di tecniche di **rilassamento del pavimento pelvico durante la gravidanza**, sono due elementi fondamentali in grado di diminuire l'incidenza di traumi perineali e il ricorso ad episiotomia (Beckmann e Stock, 2013). E' stato inoltre osservato come l'apprendimento di alcune pratiche quali **l'automassaggio e la fisioterapia mirata con biofeedback** agevolino sensibilmente la risoluzione delle tensioni muscolari conseguenti a cicatrici e dolore.

Ancor più, **un'adeguata preparazione dei muscoli perivaginali prima e durante la gravidanza** consente di ridurre in modo significativo il ricorso all'episiotomia, le lacerazioni perineali e i casi di incontinenza, con un esito materno-fetale del parto complessivamente migliore (Graziottin e Gambini 2015).

Terapia della dispareunia e del dolore pelvico post parto

La precoce **riabilitazione del pavimento pelvico** dopo il parto e la cura mirata di eventuali lesioni traumatiche può ridurre significativamente la comparsa di dispareunia e dolore pelvico cronico (Graziottin e Murina 2017).

Un'adeguata **terapia marziale** può in parallelo ridurre l'anemia sideropenica e la depressione ad essa associata, e migliorare il desiderio per potenziamento della via dopaminergica.

La **psicoterapia** è indicata quando fattori personali o di coppia

contribuiscano alla comparsa e/o al mantenimento dei problemi sessuali e del dolore vulvare.

Conclusioni

Il dolore vulvare può presentarsi durante la gravidanza e nelle fasi del post parto come prima manifestazione assoluta, oppure può originare da una serie di diverse condizioni antecedenti non adeguatamente curate. La persistenza di infiammazione vulvare, un'episiotomia effettuata in modo non corretto, l'alta frequenza di rapporti sessuali dolorosi, l'incompleta guarigione di un danno al nervo pudendo sono importanti segnali di allarme che devono essere ascoltati dal personale medico per evitare che il dolore vulvare acuto post parto evolva in dolore vulvare cronico neuropatico, o vulvodinia. Per questa ragione un approccio medico rigoroso, che prenda in considerazione i vari fattori biologici, psicosessuali e sociali, è la condizione ottimale per effettuare una diagnosi e un trattamento appropriati dell'eziologia multifattoriale del dolore vulvare nel puerperio.

Bibliografia

- Barrett G., Pendry, E., Peacock J., Victor C., Thakar, R., Manyonda, I., 2000, Women's sexual health after Childbirth, BJOG, 107:186–95.
- Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I., Ceaarean section and postnatal sexual health. Birth. 2005 Dec; 32(4):306-11.
- Beckmann, M. M., Stock, O. M., 2013, Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma, Cochrane Database Syst Rev, (4):CD005123.
- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen Jw, 2006, Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 124(1):42-6.
- Graziottin, A., Gambini, D., 2015, Female sexual dysfunction: treatment. In: Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., Van Kampen, M., editors. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor-bridging science and clinical practice. 2nd ed. Oxford, UK: Elsevier, p. 258–70.
- Graziottin, A., Murina,F, 2017, Vulvar Pain: from childhood to old age, Springer
- Murina, F., Graziottin, A., Vicariotto, F., De Seta, F., 2014, Can Lactobacillus fermentum LF10 and Lactobacillus acidophilus LA02 in a slow-release vaginal product be useful for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis? A clinical study, J Clin Gastroenterol., 48 Suppl 1.
- Paterson, L. Q., Davis, S.N., Khalifé, S., Amsel, R., Binik, Y. M., 2009, Persistent genital and pelvic pain after childbirth, J Sex Med. Jan, 6(1):215-21.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W., Patel, R., 2005, Breastfeeding and sexuality immediately postpartum, Can Fam Physician., 51:1366–7.
- Sheikh, M., Hantoushzadeh, S., Shariat, M., Farahani, Z., Ebrahiminasab, O., 2017, The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial, Eur J Nutr. Mar;56(2):901-908.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT, 2001 Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women, Am J Obstet Gynecol 184(5):881-90.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., Burns, E. E., 2013, Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study, BMC Pregnancy Childbirth., 13:59.

Alessandra Graziottin e Filippo Murina

(a cura di)

ATTI E
APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA



**Il dolore vulvare
dall'A alla Z:
dall'infanzia alla
post-menopausa**

Milano - 7 APRILE 2017



Fondazione
Alessandra Graziottin onlus
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

8.15 - 8.45 **Registrazione**

8.45 - 9.00 **Introduzione e saluti**

9.00 - 9.30 **Opening lecture**

Il dolore vulvare dall'infanzia alla post-menopausa

Alessandra Graziottin (Milano)

Introduce: Filippo Murina (Milano)

9.30 11.50

Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore vulvare. Specialisti a confronto

Moderatori: Maria Adele Giamberardino (Chieti), Filippo Murina (Milano)

9.30 - 9.50 **Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore viscerale**

Maria Adele Giamberardino (Chieti)

9.50 -10.10 **Dolore vulvare e dolore gastrointestinale**

Vincenzo Stanghellini (Bologna)

10.10 -10.30 **Dolore vulvare e dolore vescicale**

Daniele Grassi (Modena)

10.30-10.50 **Dolore vulvare e dolore pelvico cronico**

Alessandra Graziottin (Milano)

10.50-11.10 **Il progetto VU-NET: indagine epidemiologica multicentrica sul dolore vulvare in Italia**

Dania Gambini (Milano)

*Coordinatori Nazionali: Alessandra Graziottin (Milano),
Filippo Murina (Milano)*

11.10-11.30 **Discussione**

11.30-11.50 **Coffee Break**

11.50 14.00

Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 1

Moderatori: Metella Dei (Firenze), Vincenzo Stanghellini (Bologna)

11.50 -12.10 **Nell'infanzia e nell'adolescenza**

Metella Dei (Firenze)

12.10 -12.30 **Nelle mutilazioni genitali**

Jasmine Abdulcadir (Svizzera)

12.30 -12.50 **Nelle comorbilità dermatologiche**

Filippo Murina (Milano)

12.50 -13.00 **Discussione**

13.00 -14.00 **Lunch**

14.00 - 15.30

Semeiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica - Parte 2

Moderatori: Claudio Crescini (Treviglio), Emmanuele Jannini (Roma)

14.00 - 14.20 **Nel dolore sessuale: dispareunia e vaginismo**

Alessandra Graziottin (Milano)

14.20 - 14.40 **Nel post parto e in puerperio**

Raffaele Felice (Milano)

14.40 - 15.00 **In post-menopausa, dopo tumori e cause iatogene**

Filippo Murina (Milano)

15.00 - 15.20 **Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile**

Emmanuele Jannini (Roma)

15.20 - 15.30 **Discussione**

15.30 - 18.15

Principi e protocolli di terapia del dolore vulvare nell'arco della vita

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Ezio Vincenti (Padova)

15.30 - 15.50 **Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: contraccezione e strategie terapeutiche**

Alessandra Graziottin (Milano)

15.50 - 16.10 **Fisioterapia nel dolore vulvare**

Arianna Bortolami (Padova)

16.10 - 16.30 **Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare**

Filippo Murina (Milano)

16.30 - 16.50 **Psicoterapia nel dolore vulvare**

Chiara Micheletti (Milano)

16.50 - 17.10 **Terapia antalgica nel dolore vulvare**

Ezio Vincenti (Padova)

17.10 - 17.30 **Stili di vita e terapia farmacologica del dolore vulvare - Linee Guida**

Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano)

17.30 - 17.45 **Discussione**

17.45 - 18.00 **Conclusioni e take home message**

18.00 - 18.15 **Test ECM e chiusura dei lavori**

INDICE

| | |
|---|----------|
| Prefazione e ringraziamenti | pag. 05 |
| Il dolore vulvare nell'infanzia | pag. 08 |
| Mastociti, infiammazione e comorbilità nel dolore viscerale | pag. 12 |
| Dolore vulvare e dolore intestinale | pag. 19 |
| Dolore vulvare e dolore vescicale | pag. 24 |
| Dolore vulvare e dolore pelvico cronico | pag. 28 |
| Vu-NET: il primo progetto italiano per lo studio, la ricerca e la formazione medica sul dolore vulvare | pag. 39 |
| Semiologia del dolore vulvare nell'infanzia e nell'adolescenza | pag. 44 |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle mutilazioni genitali femminili | pag. 47 |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nelle comorbilità dermatologiche | pag. 51 |
| Il dolore sessuale: semeiologia di vaginismo e dispareunia | pag. 56 |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica nel post parto e in puerperio | pag. 64 |
| Semiologia del dolore vulvare e diagnosi clinica in post menopausa, dopo tumori e cause iatrogeni | pag. 70 |
| Impatto del dolore vulvare e della dispareunia sulla sessualità maschile | pag. 74 |
| Dolore vulvare e dolore pelvico cronico: ruolo della contraccuzione ormonale con estradiolo valerato e dienogest | pag. 77 |
| Fisioterapia nel dolore vulvare | pag. 85 |
| Laser e chirurgia nella terapia del dolore vulvare | pag. 92 |
| La psicoterapia nel dolore vulvare | pag. 97 |
| Terapia antalgica nel dolore vulvare | pag. 100 |
| Terapia multimodale del dolore vulvare: stili di vita e terapie farmacologiche, riabilitative, antalgiche e chirurgiche | pag. 108 |